

學生基本資料	入學日期	年 月	系所、班(組)別	<input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士 系所: _____		姓名														
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號													
	戶籍地址											學生本人行動電話								
	現居地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右: _____																		
	緊急聯絡人	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話	備註													
監護人或 附近親友																				
健康基本資料	個人疾病史: 勾選本人曾患過的疾病 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 7.癲癇 <input type="checkbox"/> 13.心理或精神疾病: _____ <input type="checkbox"/> 2.肺結核 <input type="checkbox"/> 8.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 14.癌症: _____ <input type="checkbox"/> 3.心臟病 <input type="checkbox"/> 9.血友病 <input type="checkbox"/> 15.海洋性貧血: _____ <input type="checkbox"/> 4.肝炎 <input type="checkbox"/> 10.蠱豆症 <input type="checkbox"/> 16.重大手術名稱: _____ <input type="checkbox"/> 5.氣喘 <input type="checkbox"/> 11.關節炎 <input type="checkbox"/> 17.過敏物質名稱: _____ <input type="checkbox"/> 6.腎臟病 <input type="checkbox"/> 12.糖尿病 <input type="checkbox"/> 18.其他: _____										特殊疾病現況 或應注意事項 <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要									
	<input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡, 類別 _____ <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊, 類別 _____ 等級: <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度																			
	若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中, 請主動告知並提供就診病歷摘要, 以作為照護參考																			
	家族疾病史: 患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂 _____, 疾病名稱 _____																			
生活型態	※ 請勾選最合適的選項: 1. 過去7天內(不含假日), 睡眠習慣: <input type="checkbox"/> ①每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> ②不足7小時 <input type="checkbox"/> ③時常失眠 2. 過去7天內(不含假日), 早餐習慣: <input type="checkbox"/> ①都不吃 <input type="checkbox"/> ②有時吃, _____天 <input type="checkbox"/> ③每天吃, 幾點吃? _____點 3. 過去一個月內(不含假日及寒暑假), 若以每週至少運動3次, 每次至少30分鐘為基準, 心跳達每分鐘130下, 您做到了嗎: <input type="checkbox"/> ①有 <input type="checkbox"/> ②沒有 4. 過去一個月內, 吸菸行為: <input type="checkbox"/> ①不吸菸 <input type="checkbox"/> ②時常吸菸 <input type="checkbox"/> ③每天吸菸, _____支/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 5. 過去一個月內, 喝酒行為: <input type="checkbox"/> ①不喝酒 <input type="checkbox"/> ②時常喝酒 <input type="checkbox"/> ③每天喝酒, _____杯/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 (1杯的定義: 啤酒330ml、葡萄酒120ml、烈酒45ml) 6. 過去一個月內, 嚼檳榔: <input type="checkbox"/> ①不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ②時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> ③每天嚼檳榔, _____粒/天 <input type="checkbox"/> ④已戒除 7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 8. 常覺得胸悶嗎? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 9. 常覺得胃痛嗎? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 10. 常覺得頭痛嗎? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②很少 <input type="checkbox"/> ③時常 11. 月經情況(女生回答) (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> ①無 <input type="checkbox"/> ②有, 初經年齡: _____歲 (2) 月經週期? <input type="checkbox"/> ①≤20天 <input type="checkbox"/> ②21-40天 <input type="checkbox"/> ③≥41天 <input type="checkbox"/> ④不規律(差異7天以上) (3) 有無經痛現象? <input type="checkbox"/> ①沒有 <input type="checkbox"/> ②輕微 <input type="checkbox"/> ③嚴重 12. 排便習慣: 過去7天內, 多久排便一次? <input type="checkbox"/> ①每天至少一次 <input type="checkbox"/> ②兩天 <input type="checkbox"/> ③三天 <input type="checkbox"/> ④四天以上 13. 網路使用習慣: 過去7天內(不含假日)每日除了上課及作功課需要之外, 累積網路使用的時間? <input type="checkbox"/> ①每天少於1小時 <input type="checkbox"/> ②每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> ③每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> ④每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> ⑤每天約5小時或以上																			
	自我健康評估	1. 過去一個月, 一般來說, 您認為您目前的健康狀況是? <input type="checkbox"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好 2. 過去一個月, 一般來說, 您認為您目前的心理健康是? <input type="checkbox"/> ①極好的 <input type="checkbox"/> ②很好 <input type="checkbox"/> ③好 <input type="checkbox"/> ④普通 <input type="checkbox"/> ⑤不好																		
目前有哪些健康問題? 請敘述 _____																				
備註	本人所填寫以上資料屬實無誤, 本學期體檢報告必須透過網頁查詢(非由本校合約院所完成體檢者無此功能)      簽名: _____																			

全身檢查項目		檢查日期： 年 月 日，檢查結果登錄（請勾選）														檢查醫事人員 簽章			
身高：_____公分		體重：_____公斤				體脂：_____ %				自選項目： <input type="checkbox"/> 腰圍_____公分									
血壓：①_____ / _____ mmHg		脈搏：_____次/分				②_____ / _____ mmHg				脈搏：_____次/分									
視力檢查		裸視：左眼_____ 右眼_____				矯正視力：左眼_____ 右眼_____													
眼		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 辨色力異常				<input type="checkbox"/> 其他_____									
耳鼻喉		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				聽力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右				<input type="checkbox"/> 疑似中耳炎，如：耳膜破損									
		<input type="checkbox"/> 扁桃腺腫大				<input type="checkbox"/> 耵聍栓塞				<input type="checkbox"/> 其他_____									
頭頸		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 斜頸				<input type="checkbox"/> 異常腫塊				<input type="checkbox"/> 其他_____					
胸腔及外觀		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 心肺疾病				<input type="checkbox"/> 胸廓異常				<input type="checkbox"/> 其他_____					
腹部		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 異常腫大				<input type="checkbox"/> 其他_____									
脊柱四肢		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 脊柱側彎				<input type="checkbox"/> 肢體畸形				<input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他_____					
皮膚		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 癬				<input type="checkbox"/> 疥瘡				<input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他_____					
口腔		<input type="checkbox"/> 無明顯異常				<input type="checkbox"/> 口腔衛生不良				<input type="checkbox"/> 牙結石				<input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正					
		<input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常				<input type="checkbox"/> 其他_____													
牙齒位置		檢查代碼		C-齲齒		X-缺牙		△-已矯治		φ-阻生牙		Sp.-贅生牙							
右上		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上	
右下		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下	
實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		異常註記		追蹤		實驗室檢查項目		初查結果		檢查結果		異常註記		追蹤	
尿液檢查		尿酸 GLU								血液常規檢查		白血球 WBC							
		尿蛋白 PRO										紅血球 RBC							
		潛血 OB										血色素 Hb							
		酸鹼值 PH										血小板 Plate							
腎功能		血中尿素氮 BUN (mg/dl)								血清免疫學		紅血球平均血色素濃度 MCHC							
		肌酸酐 Cr. (mg/dl)										紅血球平均血色素值 MCH							
		尿酸 UA(mg/dl)										血球容積比 Hct							
肝功能		GOT (U/L)								血脂肪		平均血球容積 MCV							
		GPT (U/L)										B型肝炎表面抗原 HBsAg							
血號										B型肝炎表面抗體 HBsAb		B型肝炎e抗原 HBeAg							
												B型肝炎e抗原 HBeAg							
												總膽固醇 CHOL (mg/dl)							
胸部X光檢查		檢查日期		檢查結果： <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 疑似肺結核病徵 <input type="checkbox"/> 肺結核鈣化 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 肋膜腔積水 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 支氣管擴張 <input type="checkbox"/> 其他_____												複查矯治、日期及備註：			
總評建議		<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 有異狀，需接受_____科醫師診治		<input type="checkbox"/> 其他建議：_____														承辦檢查醫院簽章	
臨時性檢查		檢查名稱		檢查日期		檢查單位		檢查結果		轉介複查追蹤及備註									
健康管理綜合紀錄		健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄																	